Diabetic Day Care Unit Guidelines

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada
Canada

87-04432/

REPORT OF THE SUBCOMMITTEE ON
INSTITUTIONAL PROGRAM GUIDELINES

GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS
FOR INSTITUTIONAL PROGRAMS

DIABETIC DAY CARE UNIT

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare
1978

Également disponible en français sous le titre
"Unité de soins de jour pour diabétiques."

NOTE

The information contained in these guidelines is considered current as of (the date of approval); however, since many aspects of health care and health technology are constantly changing, we welcome any suggested amendments. Information on new developments or related issues should be directed to:

The Secretariat,
Subcommittee on Institutional
Program Guidelines,
Health Services Directorate,
Health Services and Promotion Branch,
Department of National Health and
Welfare,
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Further copies of these guidelines, in English and in French, can be obtained from the above address.

©Minister of Supply and Services Canada 1987
Cat. No. H39-27/1987E
ISBN 0-662-15224-7

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
PREFACE		iv
LIST OF PARTICIPANTS		vii
PREAMBLE		1
GUIDELINES		
1.	Patient Load	3
2.	Bed Requirements	3
3.	Recommended Distribution of Units	3
4.	Administrative Policy, Procedures and Control	3
5.	Staff Establishment and Coverage	4
6.	Staff Training and Qualifications	4
7.	Specific Supporting Departments and Services	5
8.	Space Allocation, Utilization and Special Design Features	5
9.	Equipment	6
10.	Relationship with Other Departments and Services	7
ANNEXES		
ANNEX A	Administrative Organization, Policies and Procedures	8
ANNEX B	List of Guidelines for Institutional Services in Hospitals	13

PREFACE

Technological advancement and changes in the delivery of health care services have led to the need for guidelines to assist in planning and implementing institutional programs and services. The guidelines[1] that follow represent one of a series of publications produced under the direction of the Subcommittee on Institutional Program Guidelines. They provide a consistent definition of requirements for a number of special care units, services, and programs in health institutions.

In general, guidelines are based on information, knowledge, experience, research, and expert opinion from health professionals and organizations throughout Canada. Additional material is often obtained from national and international health organizations and from other experts knowledgeable in the subject matter. By this method, many Canadians from across the country have contributed to the guidelines and a consensus on the suggested approach has been achieved.

Background

Under the direction of the Federal/Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services, the guidelines program has been in operation since 1972. A standing subcommittee of the Advisory Committee, the Subcommittee on Institutional Program Guideines, composed of federal and provincial government and professional representatives, coordinates the development of the guidelines commissioned by the Advisory Committee.

The guidelines are produced by expert working groups of health professionals, some of whom are

---

[1] A complete list of Institutional Program Guidelines appears in Annex B.

government representatives. The final draft is reviewed and recommended by the Subcommittee for approval by the Advisory Committee.

Purpose

The purpose of the guidelines is to provide a comprehensive definition of requirements for services in health institutions. While a consensus of expert knowledge and experience is reflected in the guidelines, they should not be regarded as rigid standards. Provincial health authorities may modify the application of guidelines to meet their needs.

Where development of a service is being contemplated, we believe the guidelines will be of help in determining the need for such a service either locally, regionally, or in some cases provincially or interprovincially.

Established services may take advantage of the guidelines in screening deficiencies and solving problems without the need to develop new services. Where a service already exists the guidelines will help:

- to identify problems related to administration, personnel, equipment and facilities;

- to determine necessary remedial action;

- to set priorities for corrective measures on the basis of clinical need, funding and the degree to which the service is deficient.

Future

The dramatic increase in the number of intensive and special care services in health institutions has given rise to the need for additional facilities, specialized equipment and highly-trained personnel. At the same time, new approaches to patient care have evolved in a manner that emphasize the need for a continuum of care in which admission to an institution is only one aspect of total care. Therefore,

linkages along the health care continuum, ranging from illness prevention to chronic care, must be identified. As new treatments and procedures are put into practice, there will be a continuing need for guidelines to assist those involved in the planning and operation of institutional services.

Revisions

Due to the rapidly changing nature of health care delivery, guidelines will need updating and revision. The Subcommittee on Institutional Program Guidelines plans and oversees these revisions.

LIST OF PARTICIPANTS

The membership of the Subcommittee on Institutional Programs Guidelines, responsible for the preparation of the new and updated guidelines, is as follows:

Donald F. Moffatt, Chairman
Director
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

William M. Allwood
Assistant Deputy Minister
Insured Services
Department of Health
FREDERICTON, New Brunswick

Murray Barber
Programming Consultant
Health Facilities Design Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Derek J. Beckley (Resigned September 1986)
Formerly, Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospitals and Medical Care
EDMONTON, Alberta

Primrose Bishop
Nursing Consultant
Hospital Services Division
Department of Health
ST. JOHN'S, Newfoundland

Marcus Hollander
Director, Program Analysis
Continuing Care Division
Ministry of Health
VICTORIA, British Columbia

Dr. Gordon A. Judge
Medical Director and Associate Executive Director
St. Joseph's Hospital
HAMILTON, Ontario

Phyllis MacDonald
Standards Officer
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Dr. J. Martin
Director, Professional Services
Centre hospitalier régional De Lanaudière
JOLIETTE (Québec)

David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

André Nolet
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Ontario

Dr. Robert Seaver
Senior Medical Consultant
Institutional Division
Institutional Operations Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

Janet Stow
Project Manager
Institutional and Professional Services
Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

DIABETIC DAY CARE UNIT

PREAMBLE

The Diabetic Day Care Unit is a hospital unit providing treatment, education and assessment of diabetes management. In educating the patient, it is important to bring the diabetes under control and continually assess control. This requires a team approach by a physician, therapeutic dietitian and teaching nurse to re-assess the patient on a daily basis. It may also provide a consulting service to physicians by providing a milieu where they may meet their patient.

Many diabetic patients occupy active treatment beds simply to have their diabetes brought under control. Many of these active treatment beds could be released for other patients if an adequate day-care facility was available. The services provided to the day-care patient would be similar to those received by in-patients, including meals and laboratory services, but the overall cost per patient and a higher level of care with consequent better diabetic control, are important benefits of such a unit.

This service can be utilized by in-patients as well as out-patients. It has, as its main objective, the provision of a facility where a patient in whom diabetes has been newly diagnosed or an established diabetic may learn the fundamental medical and dietary principles of the condition and be under medical supervision while the condition is brought under control. The unit also provides a more realistic environment for the patient during the instruction period. By attending an out-patient unit for part of the day, patients can more closely approach normal activity during the rest of the day and on the days when they do not attend.

Special programs should be developed for diabetic children, with ages matched within each group, where this is practical. Siblings and parents should be encouraged to attend so that family members can

gain a better understanding of diabetes and be able to handle problems as they arise.

A second objective is to provide more comprehensive and meaningful education for the patient and the family. By incorporating the professional skills of a qualified dietitian, a registered nurse and a physician into the teaching program, the unit is able to provide well-rounded education for the patient. The association with other diabetics is also an advantage as they can support one another. Education should be carried out in group sessions, but also on an individual basis to ensure that the educational needs of each individual patient are met.

A third objective is to provide education in diabetic care and control for physicians, medical students, interns, residents, and allied health personnel, and to provide an area for clinical research.

Other objectives are to provide laboratory facilities without admission to hospital and to provide a means of continuous surveillance for all diabetic patients.

GUIDELINES

1.&2. PATIENT LOAD AND BED REQUIREMENTS

It is suggested that a minimum of six patients per session would be required to warrant the establishment of a diabetic day care unit. The maximum number of patients to be accommodated would depend upon the availability of space and staff but the optimum number for group teaching of certain technical topics is eight to ten. Children may require smaller groups. Larger groups of up to 20-25 patients may be taught effectively on such topics as general aspects of diabetic care and control. Individual instruction supplements group teaching for special problems.

As the Diabetic Day Care Unit is an out-patient facility, no beds are required.

3. RECOMMENDED DISTRIBUTION OF UNITS

Diabetic Day Care Units should be developed wherever the number of patients is sufficient to make the unit viable, provided that qualified staff are available. In addition, there must be sufficient interest amongst the medical staff so that physicians have an active involvement in the care of their patients.

If qualified staff are not available but the level of need and interest is high, staff should be trained for this function. Alternatively, two or more hospitals might cooperate to establish such a unit.

4. ADMINISTRATIVE POLICY, PROCEDURES AND CONTROL

4.1 Clinical Direction

An internist with special interest in diabetes should be designated as clinical head or advisor of the unit.

4.2 Policies and Procedures

4.2.1 Referral of Patients to the Unit

All patients should be referred by their own physicians who should see them regularly at the Diabetic Day Care Unit. If physicians do not wish to see their patients on a regular basis at the unit, they should refer patients to the clinical director or advisor of the unit while the patients are attending the unit. The patients will return to the care of their own physicians upon completing their course of instruction at the unit.

4.2.2 Policies and procedures for daily operation of the unit should be outlined in detail.

4.2.3 There should be a clearly defined policy detailing the relationships, duties and responsibilities of all staff.

4.3.4 There should be written policies for the follow-up of all patients.

See also Annex A, "Administrative Organization, Policies and Procedures."

5. STAFF ESTABLISHMENT AND COVERAGE

The following staffing is suggested for the operation of the unit, on a full-time or part-time basis, as required: a registered nurse, a therapeutic dietitian and a clerk.

In addition, a laboratory technician and medical consultation should also be available together with the supporting services outlined in section 7.

6. STAFF TRAINING AND QUALIFICATIONS

The registered nurse should have a special interest in and knowledge of diabetes, as well as special training in teaching and counselling.

The dietitian should be a qualified dietitian with special training in clinical dietetics, which includes skills in teaching and counselling diabetic patients.

Continuing education should be provided for these personnel.

7. SPECIFIC SUPPORTING DEPARTMENTS AND SERVICES

Dietetics
Laboratory
Occupational Therapy
Ophthalmology
Pharmacy
Physiotherapy
Public Health Nursing Services and Other appropriate Public Health Services
Social Work Services
Voluntary Services

8. SPACE ALLOCATION, UTILIZATION AND SPECIAL DESIGN FEATURES[1,2]

Provision should be made for the following areas:[3]

- office space for nurse and dietitian
- examining room (including urine testing facility)

---

[1] Opinions on design information may be obtained from other sources, including Design Considerations for Special Care Units in Hospitals, Health Facilities Design Division, Health Services Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare Canada, 1978.

[3] Where appropriate, facilities may be shared with other hospital services.

- food preparation, service, selection and eating area

- teaching area

- toilet facilities

- storage

An area which would provide opportunities for exercise and relaxation should be available. In addition to the preceding general comments, it is suggested that a normal, comfortable, homelike environment be provided. While the size of offices and examining rooms will be fairly standard, areas for teaching and relaxation should be determined by the number of patients to be accommodated.

9. EQUIPMENT

Equipment required will include:[4]

- teaching aids such as films, projectors, charts, tape recorders and educational material such as food models, borchures and information sheets on various aspects of diabetes

- equipment for food preparation and access to cafeteria-type services as required

- laboratory equipment for testing of blood and urine

- furnishings for offices, teaching and eating areas.

---

[4] Where appropriate, equipment may be shared with other hospital services.

10. RELATIONSHIP WITH OTHER DEPARTMENTS AND SERVICES

10.1 The unit should have a close relationship with the other areas concerned with diabetic care such as the diabetic clinic and the inpatient medical unit and metabolic unit. There also should be a close relationship with Laboratory, Pharmacy, Dietetics, Social Services, Physiotherapy and Occupational Therapy.

10.2 External Services

The unit should involve a variety of community health and social services, including the Canadian Diabetic Association, the public health nursing services, social services and others, where appropriate.

ANNEX A

ADMINISTRATIVE ORGANIZATION, POLICIES AND PROCEDURES

Guidelines for administrative organization, policies and procedures for institutional programs were formulated after a review of provincial, national and international information.

It is hoped that the following outline will serve as a guide for the development of more comprehensive and specific policies in order to ensure the most effective and efficient delivery of patient care in these units.

I. PHILOSOPHY, ROLES AND OBJECTIVES

- Philosophy, roles and objectives of the program
- Type of patients served
  - By diagnosis and/or severity of illness
  - Restriction of service, if any
- Services provided

II. ORGANIZATION OF PROGRAM

- Governing board responsibility
- Relationship with administrator and medical staff
- Program management

(i) Specific responsibilities of staff

- Medical director
- Other medical staff
- Nursing staff

- Other staff

(ii) Committees

- Membership to be defined by discipline and number
- Terms of reference to be defined
- Provision for consultation with appropriate hospital and medical staff
- Schedules for formal and ad hoc meetings

III. POLICIES FOR OPERATION OF PROGRAM

1. **General**

- Admission authority (Identification of individual(s) who have authority to admit)
- Admission priorities by:
    - Diagnostic category
    - Clinical condition
- Admission orders
- Medical orders
- Emergency admission standing orders
- Discharge policies and planning
- Length of stay by diagnosis
- Infection control and isolation
- Patient records, reports and charting
- Handling of emergency situations including C.P.R.

- Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff

- Research/clinical investigation

- Palliative care, determination of death, authorization for autopsies, handling of bodies

- Referral, consultation (mandatory and other transfer, follow-up)

2. **Staff**

- Selection criteria: education, experience, interests

- Criteria for granting medical/clinical privileges

- Medical coverage/Staff coverage of service

- Delineation of student and supervisor roles including responsibility, authority and accountability

- Position descriptions

- Orientation and continuing education

- Performance evaluation

- Volunteers

3. **Patient**

- Patients' rights

- Patient identification

- Family participation

- Confidentiality

- Patient/family education

- Patient valuables, assets and belongings
- Consent for treatment
- Visiting privileges

4. **Safety**

- Safety and accident prevention
- Reporting of accidents and incidents
- Equipment maintenance and safety
- Fire and disaster plan
- Use of restraints

5. **Quality Assurance**

- Practice standards
- Continuing evaluation of effectiveness of service
- Patient status assessment on admission and discharge
- Incident reports
- Patient care review
- Infection control
- Audits: medical and nursing care, concurrent and retrospective
- Peer review
- Morbidity/mortality review
- Employee performance appraisal
- Product and equipment use and evaluation

- Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff

- Research/clinical investigation

- Palliative care, determination of death, authorization for autopsies, handling of bodies

- Referral, consultation (mandatory and other transfer, follow-up)

2. **Staff**

- Selection criteria: education, experience, interests

- Criteria for granting medical/clinical privileges

- Medical coverage/Staff coverage of service

- Delineation of student and supervisor roles including responsibility, authority and accountability

- Position descriptions

- Orientation and continuing education

- Performance evaluation

- Volunteers

3. **Patient**

- Patients' rights

- Patient identification

- Family participation

- Confidentiality

- Patient/family education

- Patient valuables, assets and belongings
- Consent for treatment
- Visiting privileges

4. **Safety**

- Safety and accident prevention
- Reporting of accidents and incidents
- Equipment maintenance and safety
- Fire and disaster plan
- Use of restraints

5. **Quality Assurance**

- Practice standards
- Continuing evaluation of effectiveness of service
- Patient status assessment on admission and discharge
- Incident reports
- Patient care review
- Infection control
- Audits: medical and nursing care, concurrent and retrospective
- Peer review
- Morbidity/mortality review
- Employee performance appraisal
- Product and equipment use and evaluation

IV. PROCEDURES

- Elective procedures
- Emergency alert system procedures
- Medical record and statistical procedures
- Policy and procedure manuals

LIST OF GUIDELINES FOR INSTITUTIONAL PROGRAMS

The following guidelines have been prepared by the federal-provincial Subcommittee on Institutional Programs Guidelines. These guidelines were requested by the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services. Some of the guidelines are updated versions of guidelines previously published by the Subcommittee.

Addiction Services in Hospitals
Adult Long Term Institutional Care
Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals
Breast Imaging Services: Mammography
Burn Unit
Cardiovascular Services in Hospitals
Child and Adolescent Psychiatric Services Provided by General Hospitals
Child and Adolescent Services in General Hospitals
Child and Youth Long Term Services
Computed Tomography
Day Surgery Unit
Dental Care Units in Hospitals
Diabetic Day Care Unit
Diagnostic Imaging Services and Systems: An Overview
Diagnostic Ultrasound Facilities in Hospitals
Emergency Services in Hospitals
End-Stage Renal Disease Program
Geriatric Day Hospitals
Geriatric Unit in a Hospital
Hospital Day Medicine
Intensive Care Unit
Magnetic Resonance Imaging
Nuclear Medicine in Hospitals
Organ and Tissue Donation Services in Hospitals
Palliative Care Services in Hospitals
Patient Hostel Unit
Perinatal Intensive Care Units in a Perinatal Care Network

Pre-Hospital Emergency Services
Pulmonary Function Laboratories
Rehabilitation Medicine Program
Respiratory Therapy Service
Reuse of Disposables: An Information Report
Spinal Cord Injury Program
Stroke Program
Vital Organ Transplant Centres

Canada

Santé et Bien-être social Canada | Health and Welfare Canada

Unité de soins de jour pour diabétiques

Guide

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
SUR LES GUIDES RELATIFS AUX
SERVICES INSTITUTIONNELS

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES
RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX
DANS LES HÔPITAUX

UNITÉ DE SOINS DE JOUR POUR DIABÉTIQUES

Direction des services de santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
Ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social
1979

Also available in English under the title
"Diabetic Day Care Unit"

REMARQUE

Les renseignements contenus dans ce guide sont considérés à jour au moment de leur approbation; toutefois, comme de nombreux aspects des soins de santé et de la technologie en matière de santé changent constamment, nous apprécierions toute suggestion visant à modifier ce guide. Tout renseignement portant sur des progrès ou des questions connexes doit être adressé au

Secrétariat
Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide, en anglais ou en français, à l'adresse ci-dessus.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1987
N° de cat. H39-27/1987F
ISBN 0-662-94204-3

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
PRÉFACE		v
LISTE DES PARTICIPANTS		ix
PRÉAMBULE		1
NORMES		
1. et 2.	Nombre de malades et de lits requis	3
3.	Répartition conseillée des unités	3
4.	Politiques, procédures et contrôle administratifs	4
5.	Constitution des effectifs et heures de travail	5
6.	Formation du personnel et qualifications requises	5
7.	Départements et services de soutien particuliers	5
8.	Répartition et utilisation de l'espace, caractéristiques spéciales du plan d'aménagement	6
9.	Appareillage	6
10.	Relations avec les autres services et départements	7
ANNEXES		
ANNEXE A	Organisation Administrative, Programmes et Méthodes	8
ANNEXE B	Liste des guides régissant les programmes institutionnels	13

PRÉFACE

Les progrès de la technologie et les changements apportés à la prestation des soins de santé ont rendu nécessaire la publication d'un guide visant à faciliter la planification et l'application des programmes et des services institutionnels. Le présent guide fait partie d'une série de publications élaborées sous la direction du Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels. Ces guides définissent logiquement les besoins d'un certain nombre d'unités de soins spéciaux, de services et de programmes dans les établissements qui dispensent des soins de santé.

En général, les guides sont fondés sur les renseignements, les connaissances, l'expérience, la recherche et l'opinion éclairée des professionnels et des organismes œuvrant dans le domaine de la santé au Canada. Des organismes nationaux et internationaux de la santé et d'autres experts ayant des connaissances dans le domaine apportent également leur contribution. Cette méthode a permis à de nombreux Canadiens à travers le pays de participer à l'élaboration des guides et d'en arriver à un consensus à propos de l'approche proposée.

Historique

Sous la direction du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux, le programme d'élaboration de guides est en application depuis 1972. Un sous-comité permanent du comité consultatif, le Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels, composé des gouvernements fédéral et provinciaux et de représentants des professions, s'est vu accorder par le comité consultatif le mandat d'élaborer les guides.

Ces guides[1] sont rédigés par des groupes de travail formés d'experts et de spécialistes de la santé, dont certains représentent le gouvernement. Le sous-comité révise la version finale et la recommande au comité consultatif pour approbation.

Objectif

Ces guides ont pour but de définir précisément les besoins en matière de services dans les établissements de santé. Même si les directives s'appuient sur les connaissances et l'expérience d'experts qui en sont venus à un consensus, elles ne doivent pas être considérées comme des normes rigides. Les autorités provinciales en matière de santé peuvent modifier l'application de ces directives selon leurs besoins.

Lorsqu'on pense à établir un service, les directives devraient contribuer à déterminer le besoin d'un tel service, au niveau local, régional ou, dans certains cas, au niveau provincial ou même interprovincial.

Les services établis peuvent utiliser le guide pour déceler les lacunes et résoudre les problèmes sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer de nouveaux services. Dans le cas où le service existe, les directives permettront :

- d'identifier les problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux autres installations;

- de déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème;

- d'établir les mesures qui doivent être prises en priorité en fonction des besoins cliniques, des réalités financières et du degré suivant lequel le service est déficient.

---

1 On trouvera une liste complète des Guides à l'annexe B.

Besoins futurs

L'augmentation phénoménale du nombre de services de soins intensifs et de soins spéciaux dans les établissements de santé a nécessité de nouveaux établissements, d'autres appareils spécialisés et une formation poussée d'un plus grand nombre d'employés. De nouvelles approches de prestation des soins se sont également dessinées de manière à insister sur la nécessité d'assurer un plan de soins plus structuré dans lequel l'admission à un établissement ne représente qu'un aspect du plan d'ensemble des soins. Il faut établir des liens dans toute la gamme de soins qui vont de la prévention des maladies aux soins chroniques. Avec l'arrivée de nouveaux traitements et de nouveaux procédés, il sera toujours nécessaire d'élaborer des directives pour aider ceux qui s'occupent de la planification et de l'application des services institutionnels.

Révisions

En raison des changements rapides dans le domaine de la prestation des soins de santé, le guide devra être mis à jour et révisé régulièrement. Il appartient au Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels de planifier et de superviser ces révisions.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent volume, était composé de :

Donald F. Moffat, président
Directeur, Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

William M. Allwood
Sous-ministre adjoint
Services assurés
Ministère de la Santé
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)

Murray Barber
Expert-conseil en établissements de santé
Division de la planification des établissements de santé
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Derek J. Beckley (a démissionné en septembre 1986)
Auparavant, Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
EDMONTON (Alberta)

Primrose Bishop
Expert-conseil en soins infirmiers
Division des services hospitaliers
Ministère de la Santé
ST. JOHN'S (Terre-Neuve)

Marcus Hollander
Directeur, Analyse des programmes
Division des soins continus
Ministère de la Santé
VICTORIA (Colombie-Britannique)

Dr Gordon A. Judge
Directeur médical et Directeur exécutif associé
St. Joseph's Hospital
HAMILTON (Ontario)

Phyllis MacDonald
Agent des normes
Division des installations urbaines de santé
Commission des services de santé du Manitoba
WINNIPEG (Manitoba)

Dr J. Martin
Directeur des services professionnels
Centre hospitalier régional De Lanaudière
Joliette (Québec)

David L. Martin
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Dr Robert Seaver
Conseiller principal en médecine
Division des établissements
Direction générale des opérations en établissement
Ministère de la Santé
TORONTO (Ontario)

Janet Stow
Gestionnaire de projets
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

UNITÉ DE SOINS DE JOUR POUR DIABÉTIQUES

PRÉAMBULE

L'unité de soins de jour pour diabétiques est une unité établie dans un hôpital qui traite et éduque les malades de même qu'elle évalue la façon de soigner le diabète. En éduquant le malade, il est important d'obtenir le contrôle du diabète et de l'évaluer constamment. Ceci exige une approche pluridisciplinaire du médecin, de la diététiste et de l'infirmière enseignante afin de réévaluer quotidiennement le malade. Cette unité de soins peut également constituer un service de consultation pour les médecins en leur offrent un milieu dans lequel ils puissent rencontrer leurs clients.

De nombreux diabétiques occupent des lits de traitement actif seulement pour que leur diabète soit contrôlé. Il serait possible de libérer plusieurs de ces lits de traitement actif et de les utiliser pour d'autres malades si l'hôpital offrait un service de soins de jour de bonne qualité. Le malade qui le fréquenterait bénéficierait des mêmes services que le malade hospitalisé, repas et laboratoire compris, mais le coût total par malade serait considérablement réduit. Les principaux avantages de cette unité de soins de jour résident dans le fait qu'elle dispense au diabétique un enseignement concentré et continu en même temps que des soins de meilleure qualité et assure, par conséquent, un meilleur contrôle du diabète.

Ce service peut être utilisé autant par les malades hospitalisés que par les malades en consultation externe. Son objectif principal est de créer un service où un malade, dont le diabète vient d'être diagnostiqué ou date de plus longtemps, peut apprendre les principes médicaux et diététiques essentiels concernant sont état de santé, tout en demeurant sous surveillance médicale jusqu'à ce que le déséquilibre dont il souffre soit sous contrôle. L'unité de

soins offre également au malade, au cours de sa période d'instruction, un milieu plus approprié. En effet, en fréquentant une clinique externe une partie de la journée, il peut plus facilement vaquer à ses occupations normales le reste de la journée et les jours où il n'a pas à se présenter à l'unité.

Des programmes spéciaux devraient être établis pour les enfants diabétiques, chaque groupe étant, dans la mesure du possible, homogène quant à l'âge. On devrait encourager les frères et soeurs ainsi que les parents à accompagner le malade afin que tous les membres de la famille apprennent à connaître le diabète et soient en mesure de faire face aux problèmes dès qu'ils surviennent.

Un deuxième objectif consiste à fournir au malade et à sa famille un enseignement plus complet et plus approprié. L'unité est en mesure d'offrir au malade un enseignement complet grâce à l'intégration des disciplines les plus impliquées dans le programme, soit la diététique, les soins infirmiers et la médecine. Pour le diabétique le fait d'être en rapport avec d'autres diabétiques, présente l'avantage supplémentaire du soutien entre malades. Les séances de formation doivent être effectuées en groupe, mais l'enseignement doit également se donner sur une base individuelle afin de satisfaire les besoins particuliers de chaque malade.

L'unité de soins de jour a pour troisième objectif de donner aux médecins, aux étudiants en médecine, aux internes, aux résidents et aux autres membres de l'équipe de santé, une formation en matière de soins aux diabétiques et de contrôle du diabète. Elle offre, en outre, un milieu de recherche clinique dans ce domaine.

Finalement, elle se propose d'offrir des services de laboratoire sans qu'il soit nécessaire d'admettre le malade à l'hôpital et constitue un outil de surveillance constante pour tous les diabétiques.

NORMES

1. et 2. NOMBRE DE MALADES ET DE LITS REQUIS

En général, il faut un minimum de six (6) malades par séance pour justifier la création d'une unité de soins de jour pour diabétiques. Le nombre maximal de malades pouvant être soignés dépend de l'espace et du personnel disponibles, mais l'enseignement de groupe portant sur certains sujets techniques se limite généralement à huit (8) ou dix (10) personnes. Dans le cas des enfants, les groupes seront plus restreints. L'enseignement des sujets généraux, tels le soin du diabétique et le contrôle du diabète, peut généralement être dispensé à des groupes allant de vingt (2) à vingt-cinq (25) malades. L'enseignement individuel complète l'enseignement de groupe dans les cas particuliers.

Étant donné que l'unité de soins de jour pour diabétiques est un service de consultation externe, aucun lit n'est requis.

3. RÉPARTITION CONSEILLÉE DES UNITÉS

Les unités de soins de jour pour diabétiques devraient être établies lorsque le nombre de malades est suffisant pour que le service soit rentable, à condition que l'on dispose d'une personnel qualifié. En outre, le personnel médical doit être suffisamment intéressé pour que les médecins participent activement au traitement de leurs patients.

Si un personnel compétent n'est pas disponible mais que le besoin et l'intérêt pour les services diabétiques sont très grands, on doit former un personnel pour accomplir cette tâche. Une autre possibilité serait que deux hôpitaux ou plus puissent participer à l'établissement d'une telle unité.

4. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS

4.1 Direction clinique

Le directeur ou conseiller clinique devrait être un interniste, montrant un intérêt particulier pour le diabète.

4.2 Politiques et procédures

4.2.1 Renvoi des malades vers l'unité :

Tous les malades devraient être dirigés par leur médecin traitant qui les visitera régulièrement à l'unité de soins pour diabétiques. Si un médecin n'a pas l'intention de visiter régulièrement ses malades à l'unité, il doit les confier aux soins du directeur ou du conseiller clinique de l'unité pendant que les malades la fréquentent. Le malade retournera à son propre médecin quand il aura terminé son instruction à l'unité.

4.2.2

Le règles concernant le fonctionnement quotidien de l'unité devraient être clairement définies.

4.2.3

Une politique détaillée et clairement définie devrait régir les rapports hiérarchiques, les fonctions et les responsabilités de tout le personnel.

4.2.4

Les visites de contrôle de tous les malades devraient faire l'objet de directives écrites.

Voir en annexe A, "Organisation administrative, programmes et méthodes."

5. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET HEURES DE TRAVAIL

Le fonctionnement de l'unité nécessite le personnel suivant à plein temps ou à mi-temps, selon le programme : une infirmière autorisée, une diététiste et un subalterne. En outre, l'unité devrait disposer au besoin des services d'un technicien de laboratoire, de consultation médicale et des services de soutien mentionnés à l'article 7.

6. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

L'infirmière autorisée affectée à l'unité, devrait montrer un intérêt particulier pour le diabète et posséder une connaissance manifeste de cette maladie, ainsi qu'une formation spéciale dans le domaine de l'enseignement et du counseling.

La diététiste devrait être diplômée et s'être spécialisée en diététique clinique, ce qui comprend la formation requise pour enseigner aux diabétiques et les conseiller.

Des programmes d'enseignement continu devraient assurer la constante mise à jour des connaissances du personnel de l'unité.

7. DÉPARTEMENTS ET SERVICES DE SOUTIEN PARTICULIERS

Diététique
Ergothérapie
Laboratoire
Ophtalmologie
Pharmacie
Physiothérapie
Soins infirmiers d'hygiène publique et autres services appropriés d'hygiène publique
Services sociaux
Services bénévoles.

8. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE, CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT

Il est essentiel de prévoir de l'espace pour :[1]

- le bureau de l'infirmière et de la diététiste
- salle d'examen (munie du matériel nécessaire aux examens d'urine)
- aires de préparation, de service et de sélection des aliments, et salle à manger
- salle de classe
- installations sanitaires
- entreposage

Il serait utile de prévoir un endroit pour l'exercice et la détente. L'unité devrait généralement offrir le confort et l'ambiance du foyer. Les dimensions des bureaux et des salles d'examen devraient être conformes aux normes, tandis que l'espace prévu pour l'enseignement et la détente devrait être établi selon le nombre de malades traités.

9. APPAREILLAGE

L'équipement requis devra comprendre[1]:

- du matériel pédagogique : films, projecteurs, tableaux, magnétophones et fournitures tels des modèles de régimes alimentaires, des brochures et des feuillets d'information sur divers aspects du diabète,

- les ustensiles nécessaire à la préparation des aliments et l'accès à des services de type cafétéria,

- du matériel de laboratoire pour les analyses de sang et d'urine,

---

1 Au besoin, les installations peuvent être partagées avec d'autres services hospitaliers.

- du mobilier de bureau, de salle de classe et de salle à manger.

10. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

10.1 L'unité devrait entretenir des rapports étroits avec les autres services chargés des soins aux diabétiques, notamment avec la clinique des diabétiques, l'unité de soins des malades hospitalisés et l'unité de métabolisme. Elle devrait également maintenir des liens étroits avec le laboratoire, la pharmacie, les départements de diététique, de service social, de physiothérapie et d'ergothérapie.

10.2 **Services externes**

L'unité devrait solliciter l'appui de divers communautaires et sociaux, tels que l'Association canadienne du diabète, les services infirmiers d'hygiène publique, les services sociaux et autres.

ORGANISATION ADMINISTRATIVE, PROGRAMMES ET MÉTHODES

Les normes, quant à l'administration, aux politiques et aux procédures des programmes* dans les hôpitaux ont été formulées à la suite d'une revue des publications provinciales, nationales et internationales traitant du sujet. Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et spécifiques de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades.

I. PHILOSOPHIE, RÔLES ET OBJECTIFS

- Philosophie, rôles et objectifs des programmes

- Catégorie de malades soignés
  - selon le diagnostic ou l'état général du malade
  - restrictions dans le service au malade s'il y a lieu (ex. : malades en phase terminale)

- Aspects du programme offerts

II. ORGANISATION DU PROGRAMME

- Responsabilité du conseil d'administration

- Relation avec l'administration et le personnel médical

- Gestion du programme

  (i) Responsabilités du personnel

  - Directeur médical
  - Médecins

* Services ou unités

- Personnel infirmier
- Autre personnel

(ii) Comités

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, et le nombre)
- Mandat à définir
- Communictaion, à titre consultatif, avec des membres du personnel médical et hospitalier
- Calendrier des réunions régulières et spéciales

III. POLITIQUE DE FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ/PROGRAMME

1. Fonctionnement général

- Autorisation de l'admission (désignation des personnes autorisées à admettre des malades)

- Critères d'admission - Priorités selon :
  - le diagnostic
  - l'état général du malade

- les instructions d'admissions

- les instructions médicales

- les instructions d'admissions d'urgence

- la durée du séjour selon de diagnostic

- la planification et les instructions concernant la sortie des malades

- la lutte contre l'infection et l'isolement

- les dossiers des malades, rapports et inscriptions

- le traitement des cas d'urgence, y compris la réanimation cardio-respiratoire

- la délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence

- la recherche ou l'investigation clinique

- les soins palliatifs, la constatation du décès, l'autorisation d'autopsies, la manipulation de la dépouille

- l'orientation des cas, la consultation (les transferts obligatoires et autres, la post-observation)

2. Personnel

- Critères de sélection : formation, expérience, intérêts

- Critères régissant l'octroi de privilèges en matière médicale ou clinique

- Présence des médecins ou du personnel dans le service

- Définition des rôles des étudiants et des surveillants y compris la responsabilité, l'autorité et l'obligation de rendre compte

- Description de poste

- Orientation et éducation permanente

- Évaluation du rendement

- Bénévoles

3. Malades

- Droits des malades

- Identification des malades

- Participation de la famille

- Confidentialité
- Éducation du malade et de sa famille
- Objets de valeur, biens et possessions du malade
- Consentement au traitement
- Privilèges de visite

4. Sécurité

- Sécurité et prévention des accidents
- Rapports au sujet des accidents et des incidents
- Entretien et sécurité du matériel
- Plan en cas d'incendie et de désastre
- Utilisation du matériel de contention

5. Assurance de la qualité

- Normes de pratique
- Évaluation continue de l'efficacité du service
- Évaluation de l'état général du malade au moment de l'admission et de la sortie
- Rapports sur les incidents
- Révision du plan de soins du malade
- Lutte contre l'infection
- Vérifications : soins médicaux et infirmiers, concomitants et rétrospectifs
- Révision par les pairs
- Analyse des taux de morbidité et de mortalité

- Évaluation du rendement des employés

- Usage et évaluation des produits et du matériel

IV. PROCÉDURES

- Interventions électives

- Techniques et procédures en cas d'alerte

- Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques

- Manuels de politiques et procédures

ANNEXE B

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT LES PROGRAMMES INSTITUTIONNELS

Les guides suivants ont été établis sous l'égide du Sous-comité fédéral-provincial sur le guides relatifs aux programmes institutionnels, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes publiées par le sous-comité.

Centre de transplantation d'organes vitaux
Établissements de soins prolongés pour adultes
Hôtellerie pour malades
Imagerie du sein : mammographie
Imagerie par résonnance magnétique
Laboratoire de la fonction respiratoire
La réutilisation des articles jetables : document de travail
Programme de médecine physique et de réadaptation
Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires
Programme de traitement de lésions de la moelle épinière
Programme de traitement des néphropathies au stade terminal
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux
Services de toxicomanie dans les hôpitaux
Service d'inhalothérapie
Services d'urgence préhospitaliers
Services et systèmes de visualisation diagnostique : vue d'ensemble
Services de soins prolongés pour enfants et adolescents
Soins pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Unité de chirurgie de jour
Unité d'échodiagnostic dans les hôpitaux
Unité de gériatrie dans les hôpitaux - hôpitaux de jour pour personnes âgées

Unité de médecine de jour dans les hôpitaux
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétique
Unité de soins intensifs (réanimation)
Unités de soins intensifs périnatals dans un réseau de soins périnatals
Unité de tomodensitométrie
Unités d'urgence dans les hôpitaux